

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลแพร่

Effects of an Empowerment Program on Caregivers of
Older Adults Undergoing Hip Fracture Surgery, Phare Hospital

ธนาวรรณ แสนปัญญา^{1*}, หัสยาพร อินทยศ², สิริยาพร จักรทอง¹

Thanawun Sanpunya^{1*}, Hutsayaporn Intayos², Siriyaporn Jarkthong¹

โรงพยาบาลแพร่^{1*}, โรงพยาบาลลอง²

Phrae Hospital^{1*}, Long Hospital²

(Received: November 7, 2022; Revised: December 2, 2022; Accepted: December 23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน ที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุม 32 คน ที่ได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล และแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2564 ถึง เดือน สิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ T-Test Independent

ผลการวิจัย พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้ในระยหลังจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัด การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายแตกต่างจากผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในงานวิจัยนี้ มีความเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถนำโปรแกรมนี้อไปใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผ่าตัดกระดูกสะโพก, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ

ผู้ให้การติดต่อ ธนาวรรณ แสนปัญญา e-mail: thanawannurse@gmail.com

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of an empowerment program on caregivers of older adults undergoing hip fracture surgery. Participants were 64 pairs of caregivers and their older adult patients who had undergone hip fracture surgery in Phare hospital. Of these participants, 32 pairs of caregivers and their older adult patients were assigned to an experimental group that received the program. The other 32 pairs of caregivers and their older adult patients were assigned to a control group that received the usual care. Research instruments was an empowerment program on caregivers of older adults undergoing hip fracture surgery. The data collection tools were a caregiver knowledge assessment and a postoperative recovery assessment. Program implementation and data collection were conducted from November 2021 to August 2022. Data were analyzed by descriptive statistics. The comparison of outcomes between an intervention group and a control group were analyzed by T-Test Independent.

The findings revealed that after completing the program, the knowledge of caregivers in the experimental group at two weeks after discharge had a statistically significantly higher than caregivers in the control group ($p\text{-value} < 0.001$) The older patients in the intervention group reported postoperative pain scores, were able to walk for the first time after surgery, performed daily activities on the discharge day that were significantly different from older adults in the control group ($p\text{-value} < 0.05$). The results of this study suggest that this empowerment program on caregivers of older adults undergoing hip fracture surgery is appropriate. Therefore, this empowerment program could be used by nurses and other healthcare providers to rehabilitate older adults who have undergone hip fracture surgery.

Keywords: An Empowerment Program, Hip Surgery, Caregivers, Older Adults

บทนำ

การหกล้มในผู้สูงอายุมีผลกระทบสำคัญ คือ การเกิดกระดูกสะโพกหัก ข้อมูลจากการคาดการณ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 พบว่า อาจมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มปีละประมาณ 5,000 – 100,000 คน (นิพาศรีขันธ์ และลลิตรา คำวีย์, 2559) และจำนวนผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะแปรผันตามการหกล้ม โดยแนวโน้มกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 238.50 คนต่อแสนประชากรต่อปี (Worapong et al., 2019)

เมื่อผู้สูงอายุมีกระดูกสะโพกหักจะทำให้เกิดความเจ็บปวด ทรงตัวไม่ได้ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยตรง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมทันเวลาอาจเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในที่สุด (อุไรวรรณ พลชา และ พรรณวรดา สุวัน, 2560)

ปัจจุบันการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน และการผ่าตัดรักษาโดยเร็วภายใน 48 ชั่วโมง จะทำให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนและลดอัตราการเสียชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2563) อย่างไรก็ตามการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก หลังผ่าตัดต้องพึ่งพิงผู้อื่นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 72 และร้อยละ 12 ตามลำดับ (Harris, Brovman, & Urman, 2019) ซึ่งในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดมีภาวะพึ่งพิงในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยเช่นกัน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 80 และร้อยละ 18 ตามลำดับ (เรณูญจอมจิตตภูมิ มิ่งพันธ์, ตะวัน เขตปัญญา, เยาวเรศ ก้านมะลิ และวารุณี เข้มลา, 2563) และในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันถูกจำกัด ร้อยละ 29 - 50 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิมก่อนกระดูกสะโพกหัก (วิภาพร ลิเลศมงคลกุล, 2555) ปัญหาดังกล่าวข้างต้นเกิดขึ้นทั้งจากตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนของการดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) และมีความคิดความจำบกพร่อง มีภาวะโรคร่วมและมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรค รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนของผู้ดูแล ซึ่งจะใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและมีภาวะพึ่งพิงมากกว่าวัยอื่น (รัตนา พัฒนธรรมรัตน์, 2564)

ในปีงบประมาณ 2562 - 2564 โรงพยาบาลแพร่ มีผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาจำนวน 301, 308 และ 315 รายตามลำดับ (งานข้อมูลสารสนเทศ, 2565) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารักษาด้วยกระดูกสะโพกหักในช่วงเดือนเมษายน 2564 ถึงเดือนกันยายน 2564 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักร่วมกับการประชุมกับแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในต้นปีงบประมาณ 2565 พบประเด็นปัญหาที่สำคัญจากการดูแลและติดตามผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่บ้าน กล่าวคือ พบข้อมูลบันทึกว่า ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยลักษณะของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรมากที่สุด รองลงมาเป็นพี่น้อง ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุในบางช่วงเวลา เมื่อบุตรต้องรับพ่อแม่ของตนเองกลับไปอยู่ที่บ้าน บางคนอยู่ในสภาพที่จำยอม และส่วนใหญ่มักไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมาก่อน ทั้งนี้หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ระบบทางเดินหายใจ แผลกดทับ และการเลื่อนหลุดของข้อสะโพก เป็นต้น (รัตนา พัฒนธรรมรัตน์, 2564) จึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะของผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดภาวะพึ่งพา ซึ่งจากข้อมูลการติดตามผู้สูงอายุที่บ้าน ในปีงบประมาณ 2564 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป) และมีความบกพร่องด้านความคิดความจำ ซึ่งในที่สุดกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และอยู่ในภาวะพึ่งพาที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 12 ถึงร้อยละ 77.70 และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 4.90 (หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหิง โรงพยาบาลแพร่, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจุบันมีการใช้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกโดยญาติมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่มีการโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพในวัยผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการการดูแลอย่างมากและครอบคลุมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลแพร่และเครือข่าย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุลุกเดินได้เร็ว มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงเดิมเพิ่มขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและภาวะพึ่งพามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

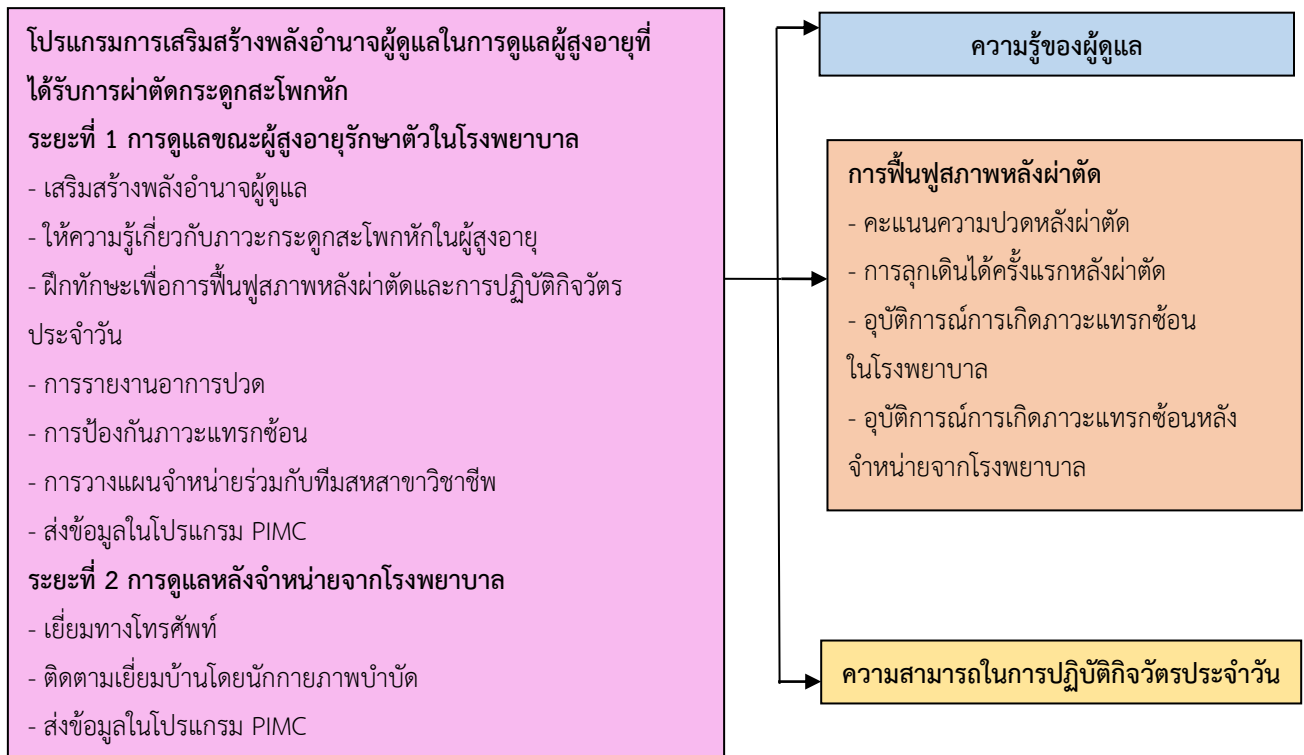
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ต่อความรู้ของผู้ดูแล การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม
2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม
3. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความสามารถในการลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัดในวันที่ 1, 2 และ 3 ได้มากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม
4. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม
5. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson,1993) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลขณะผู้สูงอายุรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุและฝึกทักษะเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรายงานอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการส่งข้อมูลในโปรแกรม Phrae Intermediate Care (PIMC) ระยะที่ 2 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ออกเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้าน การส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม PIMC เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการติดตามและดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามปกติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัด มารับการรักษาในโรงพยาบาลแพร่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึง เดือนสิงหาคม 2565 ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power โดยใช้การคำนวณแบบ Two Sample Comparison of Mean กำหนดขนาดอิทธิพล 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน จำนวนทั้งสิ้น 64 คน (Cohen, 1977) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 32 ราย (เดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565) กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรม จำนวน 32 ราย (เดือนเมษายน 2565 ถึง เดือนสิงหาคม 2565)

เกณฑ์การคัดเข้าสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ 1) เป็นคู่สมรส หรือบุตรในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ 2) เป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน และ 3) สื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ 1) เปลี่ยนผู้ดูแล 2) ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) ถอนตัวจากการวิจัย สำหรับผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเข้าสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป 2) มีภาวะกระดูกสะโพกหักบริเวณอินเตอร์โทรแคนเทอริก (Intertrochanteric) ที่ได้รับการใส่วัสดุสำหรับการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน 3) สื่อสารภาษาไทยได้ 4) คะแนนการทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT) เท่ากับ 7 5) ก่อนล้มสามารถเดินได้ และ 6) ไม่มีการหักของกระดูกสะโพกร่วมกับกระดูกส่วนอื่น ๆ

เกณฑ์การคัดออกสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 3) ย้ายสถานพยาบาลหรือไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังจำหน่าย และ 4) เสียชีวิตหรือถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมประกอบด้วย การปฏิบัติใน 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลขณะผู้สูงอายुरักษาตัวในโรงพยาบาล ประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดเพื่อตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล 3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ระยะที่ 2 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และส่วนที่ 2 วัดความรู้การดูแลผู้สูงอายุกระดูก

สะโพกหักรูปแบบของคำถามมีจำนวน 14 ข้อ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน 9-14 ระดับมาก หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก คะแนน 5 - 8 ระดับปานกลาง คะแนน 1 - 4 ระดับน้อย

2.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในประเด็นดังนี้ 1) ความปวดหลังผ่าตัด 2) การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด 3) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล 4) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 5) การกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) 6) การหักซ้ำ (Re-fracture) และ 7) ระยะวันนอน (LOS)

2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าหิ้วม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั่นถ่ายอุจจาระ การกลั่นปัสสาวะ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ คะแนน 0 - 4 หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด คะแนน 5 - 8 หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ คะแนน 9 - 11 หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง คะแนน 12 ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุภาวะกระดูกสะโพกหัก จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มากกว่า 15 ปี จำนวน 1 ท่าน โปรแกรมฯ ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index (CVI)) เท่ากับ 0.98 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อความเหมาะสมของภาษา และการสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าใจก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 14 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR - 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

3. แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดใน 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความปวดหลังผ่าตัด 2) การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด

3) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล 4) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 5) การกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) 6) การหักซ้ำ (Re-fracture) และ 7) ระยะเวลานอน (LOS) นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน มีผู้นำไปใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวางแผนและเตรียมการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงลักษณะงานวิจัย โปรแกรม ขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง อธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

ดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลขณะผู้สูงอายุรักษาตัวในโรงพยาบาล

24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถึง 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล มีกระบวนการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดเพื่อตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล 3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ มีการให้ความรู้และฝึกทักษะเป็นรายบุคคล การสาธิตเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว การฝึกกลืน ยืน เดิน การทำกายภาพบำบัด การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การรายงานอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติ ร่วมวางแผนการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กำหนดเป้าหมายการดูแลที่บ้าน บันทึกข้อมูลติดตามในโปรแกรม PIMC

ระยะที่ 2 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และติดตามการมาตามนัดที่ OPD

4 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม PIMC ให้นักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้าน ส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล รับทราบปัญหาอุปสรรคการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม PIMC ให้พยาบาล (Nurse Case Manager) รับทราบ เพื่อวางแผนการติดตาม

8 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ นักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมที่บ้าน เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุให้จัดการตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อน วางแผนติดตามและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม PIMC

12 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ นักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมบ้าน สอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลพร้อมทั้งให้คำปรึกษา เสริมพลังอำนาจให้ผู้ดูแลในการช่วยเหลือฟื้นฟูและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงเดิม ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลในโปรแกรม PIMC สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ T-Test Independent

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแพร่ ได้รับหมายเลขใบรับรอง 67/ 2564 ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ ความเสี่ยง ประโยชน์หรือผลเสีย และการรักษาความลับ โดยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้เมื่อรู้สึกคับข้องใจหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูลโดยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ และไม่มีผลกับแผนการรักษาที่ผู้วิจัยจะได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต และได้มีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้รหัส (Code) แทนชื่อ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล และมีการทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุด หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ลงชื่อในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยและเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.88 และร้อยละ 75.00 อายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 37.50 เท่ากัน สถานภาพคู่ร้อยละ 71.88 และร้อยละ 65.63 จบการศึกษาในระดับมัธยมเท่ากัน คือ ร้อยละ 46.88 มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.13 และร้อยละ 46.88 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 75.00 และร้อยละ 68.75

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในวันจำหน่ายในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 10.30 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.10 คะแนน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความรู้ในวันจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับคะแนนความรู้	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
วันแรกรับ	5.90	(±1.50)	5.70	(±1.50)	0.49
วันจำหน่าย	10.30	(±1.20)	8.10	(±2.0)	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้านความปวดหลังผ่าตัดและการลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดในกลุ่มทดลอง หลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 เท่ากับ 4.0, 3.4 และ 2.6 และในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับความปวดหลังผ่าตัด วันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 เท่ากับ 5.5, 3.9 และ 3.1 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง สามารถลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัดในวันที่ 1 โดยมากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับร้อยละ 62.50 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 25 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัดในวันที่ 1 พบว่า ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านความปวดหลังผ่าตัด การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด

ผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
คะแนนความปวดหลังผ่าตัด (เฉลี่ย, ±S.D.)					
หลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรก)	4.00	(±0.90)	5.50	(±1.20)	<0.001*
หลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมงแรก)	3.40	(±0.50)	3.90	(±0.60)	
หลังผ่าตัดวันที่ 3 (72 ชั่วโมงแรก)	2.60	(±0.60)	3.10	(±0.50)	
การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด (n, %)					
หลังผ่าตัดวันที่ 1	20	62.50	8	25	<0.002*
หลังผ่าตัดวันที่ 2	10	31.20	11	34.40	
หลังผ่าตัดวันที่ 3	2	6.30	11	34.40	
หลังผ่าตัดวันที่ 4 ขึ้นไป	0	0.0	2	6.20	

*p-value <0.05

4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ การหักซ้ำ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุม เกิดภาวะแทรกซ้อนภายในโรงพยาบาล จำนวน 6 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ แผลกดทับ จำนวน 4 ราย การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 1 ราย และภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายกลับบ้านที่พบในกลุ่มควบคุม พบจำนวน 6 ราย โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ แผลกดทับและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจำนวนอย่างละ 2 ราย พบปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย และภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย

เมื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ (Re-Admit) ส่วนกลุ่มควบคุม มีการกลับมารักษาซ้ำ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ไม่มีการหักซ้ำ (Re-Fracture) ส่วนกลุ่มควบคุม มีการกลับมารักษาซ้ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.1 สำหรับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยวันนอน 4.3 วัน กลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยวันนอน 5.1 วัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของการกลับมารักษาซ้ำ การหักซ้ำ จำนวนวันนอน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ด้านภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ การหักซ้ำ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล					
ไม่มี	32	100	26	81.30	0.024*
มี	0	0	6	18.70	
แผลกดทับ	0	0	4	12.50	
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	0	0	1	3.10	
ภาวะสับสนเฉียบพลัน	0	0	1	3.10	
ภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายกลับบ้าน					
ไม่มี	32	100	26	81.30	0.024*
มี	0	0	6	18.70	
แผลกดทับ	0	0	2	6.30	
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	0	0	2	6.20	
ภาวะสับสนเฉียบพลัน	0	0	1	3.10	
ปวดอีกเสบ	0	0	1	3.10	
การกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit)					
ไม่มี	32	100	30	93.70	0.49
มี	0	0	2	6.30	
การหักซ้ำ (Re-fracture)					
ไม่มี	32	100	31	96.90	1.00
มี	0	0	1	3.10	
วันนอนเฉลี่ย	4.30	(±1.60)	5.10	(±2.40)	0.13

*p-value <0.05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดในวันจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.2 ส่วนกลุ่มควบคุม เท่ากับ 11.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการทำกิจวัตร

ประจำวันหลังผ่าตัดในวันจำหน่าย พบว่าทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	(n=32)		(n=32)		
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
ADL (เฉลี่ย, ±S.D.)					
วันจำหน่าย	12.20	(±1.70)	11	(±1.50)	0.004*
หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	15.10	(±2.40)	14.10	(±5.30)	0.35
หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	16.50	(±2.40)	16	(±5.30)	0.64
หลังจำหน่าย 8 สัปดาห์	16.90	(±2.20)	16.60	(±4.70)	0.74
หลังจำหน่าย 12 สัปดาห์	17	(±2.10)	16.60	(±4.70)	0.61

* $p\text{-value} < 0.05$

ADL: Activity Daily Living

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในวันจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ เนื่องจาก โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ มีการเสริมพลังอำนาจ เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล มีการสอน สาธิต ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วม สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เกิดความเข้าใจได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา ธัญธาดาพันธ์, เรณูการ์ ทองคำรอด และบุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2563) พบว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล ส่งผลให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด ในด้านความปวดหลังผ่าตัด และการลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา ธัญธาดาพันธ์, เรณูการ์ ทองคำรอด และบุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2563) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวันที่ 1 หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 6.73 และ 5 วันที่ 2 หลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 5.06 และ 3.66 และ วันที่ 3 หลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 4.33 และ 2.60 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ จะมีระดับอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง สามารถลุกเดินได้มากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวเร็ว รวมถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลทันทีที่ผู้สูงอายุมีสภาวะที่พร้อม ผู้สูงอายุจะได้รับการกระตุ้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างทันทีทันใดและเหมาะสมตามโปรแกรมเร่งการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhance Recovery After Surgery (ERAS)) ซึ่งประกอบด้วย การสอน การสาธิต การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ ยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อต้นขา และกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก การลุกนั่งร่วมกับการแกว่งเท้า ข้อจำกัดหลังการผ่าตัดเกี่ยวกับท่านั่ง ท่านอนที่เหมาะสม การลุกเดินอย่างเป็นขั้นตอนภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ การฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์เสริมถ้าผู้สูงอายุเดินไม่ได้ในวันที่แพทย์มีคำสั่งการรักษา จะส่งฝึกเดินซ้ำโดยนักกายภาพบำบัด จนสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินได้เองหรือให้ผู้ดูแลช่วยพยุงเดิน ทำให้การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดในวันจำหน่ายสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมนี้ เป็นโปรแกรมที่มีกิจกรรมสำคัญที่เน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุใน 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลขณะผู้สูงอายुरักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะที่ 2 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยในระยะเวลาการดูแลขณะผู้สูงอายुरักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะได้รับการสนับสนุน และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การช่วยเหลือการรับประทานอาหาร การล้างหน้าหวีผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ ตลอดจนการร่วมวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถจัดการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิวรรตน์ นิลสวัสดิ์ (2565) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางพยาบาลประจำแผนกอร์โธปิดิกส์ นำผลการวิจัยไปใช้ในการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถติดตามผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และนำผลมากำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในด้านอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะยาวที่ระยะ 6 เดือน และ 1 ปี รวมถึงการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- งานข้อมูลสารสนเทศ. (2565). สถิติผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดปี 2561 -2565. โรงพยาบาลแพร์ จังหวัดแพร่.
- นิพา ศรีช้าง และลลิตรา กำช้าง. (2559) รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 – 2564. สืบค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2565 จาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documents_detail.php?id=12095&tid=39&gid=1-027.
- นัยนา ธัญธาดาพันธ์, เรณูการ์ ทองคำรอด และบุญทิพย์ สิริธรรังศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 231- 239.
- รัตนา พัฒนธรรมรัตน์. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. มหाराชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 5(1), 73-88.
- วิภาพร ลิเลศมงคลกุล. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวดและการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นฟูในตัวผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรัตน์ นิลสวัสดิ์ (2565). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 2(3), 57-70.

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อจัดการการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหัก (รพ.นาร่อง). เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักแก่โรงพยาบาลนาร่อง. วันที่ 6 สิงหาคม 2563 ณ ห้องประชุมจุฬีเตอร์ 8-10 อิมแพคเมืองทองธานี.
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลแพร่. (2565). สถิติผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามในโปรแกรม PIMC ปี 2564 -2565. โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่.
- อุไรวรรณ พลชา และพรรณวรดา สุวัน. (2560). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(3), 259-272.
- เรณูจุมจิตตัญญ์ มิ่งพันธ์, ตะวัน เขตปัญญา, เยาวเรศ ก้านมะลิ และวารุณี เข้มลา. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 1-15.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Gibson H, (1995). Nursing: Empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 865-871.
- Harris, M. J., Brovman, E. Y., & Urman, R. D. (2019). Clinical predictors of postoperative delirium, functional status, and mortality in geriatric patients undergoing non- elective surgery for hip fracture. *Journal of Clinical Anesthesia*, 58, 61-71.
- Worapong, S., et al. (2019). Epidemiology of fragility hip fractures in Nan, Thailand. *Osteoporosis and Sarcopenia*, 5(1), 19-22.